# CHAPITRE 13 – SANTÉ DES FEMMES ET GYNÉCOLOGIE

## Table des matières


ÉVALUATION DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR DE LA FEMME ..... 13–1

Anamnèse et examen physique ..... 13–1

Examen de l'appareil reproducteur de la femme ..... 13–2

QUESTIONS LIÉES À LA SANTÉ DES FEMMES ET PROBLÈMES GYNÉCOLOGIQUES COURANTS ..... 13–3

Saignements utérins anormaux ..... 13–3

Saignements utérins dysfonctionnels ..... 13–4

Dysménorrhée ..... 13–7

Masses aux seins ..... 13–8

Mastite ..... 13–9

Vulvovaginite ..... 13–11

Papillomavirus (HPV) (verrues génitales) ..... 13–13

Infection pelvienne ..... 13–14

Contraception ..... 13–16

Ménopause ..... 13–20

URGENCES GYNÉCOLOGIQUES ..... 13–22

Douleur pelvienne aiguë d'origine gynécologique ..... 13–22

# ÉVALUATION DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR DE LA FEMME

## ANAMNÈSE ET EXAMEN PHYSIQUE

### GÉNÉRALITÉS

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- Situation actuelle (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires diagnostiqués auparavant
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

### SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales décrites ci-dessus, il faut aussi explorer les symptômes spécifiques suivants.

#### *Antécédents menstruels*

- Âge à l'apparition des règles
- Intervalles, régularité et durée des règles et volume du flux menstruel
- Date des dernières règles
- Étaient-elles normales?
- Dysménorrhée
- Symptômes prémenstruels (p. ex. œdème, céphalées, sautes d'humeur, douleurs)
- Saignements utérins anormaux
- Symptômes de ménopause
- Âge à la ménopause
- Saignements postménopausiques

#### *Antécédents obstétricaux*

- Nombre de grossesses, d'avortements, d'enfants nés vivants ou mort-nés.
- Difficultés lors des grossesses, des accouchements.
- Poids des bébés à la naissance.
- Stérilité

#### *Méthodes de contraception*

- Méthodes utilisées (antérieurement et actuellement)
- Difficultés rencontrées, méthode appropriée ou non.
- Raisons de l'interruption, le cas échéant.

#### *Sexualité*

- Orientation sexuelle
- Régularité des rapports sexuels
- Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois
- Symptômes associés (p. ex. douleur, saignements après les rapports sexuels)
- Dysfonction sexuelle

#### *Seins*

- Sensibilité, douleur liées au cycle menstruel
- Rougeur, œdème, écoulement des mamelons
- Changement de forme, présence de masses
- La cliente allaite-t-elle?

#### *Système lymphatique*

- Œdème, sensibilité des ganglions (axillaires, inguinaux)

#### *Pertes vaginales*

- Apparition, couleur, odeur, consistance, quantité.
- Lien avec les règles
- Symptômes connexes (p. ex. écoulement rectal ou urétral, brûlures ou démangeaisons vaginales, symptômes urinaires, malaise, douleurs abdominales, fièvre).
- Lien avec les médicaments (p. ex. antibiotiques, stéroïdes).
- Antécédents d'infections vaginales ou pelviennes; leur traitement.

#### *Douleurs*

- Apparition, localisation, irradiation, nature, intensité.
- Lien avec les règles.
- Facteurs aggravants et atténuants.
- Emploi d'analgésiques; leur effet.
- Symptômes connexes gastro-intestinaux, urinaires ou vaginaux.
- Les symptômes sont-ils liés à la rencontre d'un nouveau partenaire sexuel?

#### *Autres symptômes connexes*

- Ulcérations
- Lésions persistantes
- Sensation de relâchement du périnée (impression que les organes pelviens tombent ou sortent)
- Stérilité
- Infection génitale

# EXAMEN DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR DE LA FEMME

## GÉNÉRALITÉS

- État de santé apparent
- Bien-être ou souffrance apparente
- Teint (p. ex. rouge ou pâle)
- État nutritionnel (obésité ou maigreur)
- Correspondance entre l'apparence et l'âge déclaré de la cliente

## SIGNES VITAUX

- Température
- Pouls
- Fréquence respiratoire
- Tension artérielle

## SEINS

- Examinez les seins de la cliente en position assise puis allongée sur le dos.
- Évaluez les points suivants : symétrie, forme, couleur de la peau, épaississement, capitonnage de la peau, rétraction du tissu cutané, veines, rougeurs, stries.
- Examinez les mamelons : symétrie, écoulement, érosion, croûtes, couleur.
- Palpez les seins et les creux axillaires : consistance, sensibilité, masses.

## GANGLIONS LYMPHATIQUES

Palpez les régions suivantes pour en déterminer l'enflure, la sensibilité, la mobilité et la consistance :

- Haut du corps : ganglions sus-claviculaires, sous-claviculaires, axillaires, épitrochléens
- Bas du corps : ganglions inguinaux

## ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

- Pilosité
- Grandes et petites lèvres : lésions, ulcérations, masses, indurations, régions de différentes couleurs
- Clitoris : taille, lésions, ulcérations
- Urètre : écoulements, lésions, ulcérations
- Glandes de Skene et de Bartholin : masses, écoulements, sensibilité
- Périnée : lésions, ulcérations, masses, indurations, cicatrices
- Anus : lésions, ulcérations, sensibilité, fissures, hémorroïdes

## VAGIN

- Inflammation
- Atrophie
- Pertes
- Lésions, ulcérations, excoriations
- Masses
- Indurations ou nodosités
- Relâchement du périnée (demandez à la cliente de pousser vers le bas et observez toute saillie possible de la paroi vaginale)

## COL DE L'UTÉRUS

- Position, couleur, forme, taille, consistance (*voir ci-dessous*)
- Écoulements
- Érosions, ulcérations
- Sensibilité
- Saignement après contact

Consistance des tissus du col : en temps normal, le col est de couleur rose et est ferme au toucher, un peu comme le bout du nez. Pendant la grossesse, il est de douleur bleuâtre et est plus mou, un peu comme les lèvres de la bouche.

## UTÉRUS

- Position
- Taille
- Forme
- Consistance des tissus utérins
- Mobilité
- Douleur à la mobilisation

## ANNEXES

Les ovaires ne sont généralement pas perceptibles à la palpation, à moins d'être hypertrophiés ou que la cliente ne soit très mince.

- Sensibilité
- Masses
- Consistance
- Forme
- Mobilité
- Douleur annexielle très vive à la mobilisation du col ou de l'utérus (forte réaction)

# QUESTIONS LIÉES À LA SANTÉ DES FEMMES ET PROBLÈMES GYNÉCOLOGIQUES COURANTS

## SAIGNEMENTS UTÉRINS ANORMAUX

### DÉFINITION

Saignements utérins anormaux, que ce soit par leur quantité, leur durée ou le moment de leur apparition. Les termes utilisés pour décrire ces saignements sont basés sur la périodicité et l'abondance de l'écoulement (tableaux 1 et 2).

**Tableau 1 : Terminologie utilisée pour décrire les saignements utérins anormaux**

| Terme | Définition |
|---|---|
| Ménorragie | Saignements prolongés ou anormalement abondants, à des intervalles réguliers |
| Métrorragie | Saignements utérins irréguliers, fréquents, de quantité variable mais non excessive |
| Ménométrorragie | Saignements prolongés ou excessifs, à des intervalles irréguliers |
| Polyménorrée | Saignements à des intervalles de moins de 21 jours |
| Oligoménorrhée | Saignements à des intervalles de plus de 35 jours |
| Aménorrhée | Aucun saignement utérin pendant au moins 6 mois |
| Pertes intermenstruelles | Saignements utérins entre les cycles réguliers |

**Tableau 2 : Diagnostic différentiel des saignements utérins anormaux**

| Type | Causes |
|---|---|
| Saignements utérins dysfonctionnels (p. ex. ménorragie) | Cycles anovulatoires |
| Saignements utérins pendant la prise de CO | Oubli de pilules |
| | Malabsorption des CO |
| | Déséquilibre hormonal dû aux CO (voir plus loin) |
| | Dose trop faible |
| | Infection génitale |
| Saignements utérins au cours de la première moitié du cycle pendant la prise de CO | Activité œstrogénique inadéquate des CO |
| Saignements utérins au cours de la seconde moitié du cycle pendant la prise de CO | Activité progestative inadéquate des CO |
| Saignements postcoïtaux | Affection du col utérin |
| | Cancer de l'endomètre |
| Saignements postménopausiques | Cervicite ou vaginite atrophique |
| | Cancer de l'endomètre |
| Saignements liés à des troubles du col utérin | Érosion, polype, cervicite, dysplasie, cancer |
| Saignements liés à des troubles de l'endomètre | Polype, saignements utérins dysfonctionnels, fibrome utérin, cancer (chez les femmes ménopausées) |
| Saignements causés par un stérilet | Irritation, infection |
| Saignements causés par une infection | Infection pelvienne, cervicite |
| Saignements liés à des troubles endocriniens | Hypothyroïdie, hyperthyroïdie, maladie de Cushing, hyperprolactinémie, stress (affectif, excès d'exercice), syndrome des ovaires polykystiques, dysfonctionnement ou tumeur des surrénales |
| Saignements liés à des troubles hématologiques | Traitement anticoagulant, dyscrasie |
| Saignements liés à des complications de la grossesse | Grossesse ectopique, avortement spontané, môle hydatidiforme |

CO = contraceptifs oraux

## SAIGNEMENTS UTÉRINS DYSFONCTIONNELS

### DÉFINITION

Saignements utérins anormaux non causés par une pathologie génitale, des médicaments, une maladie générale ou la grossesse. C'est la cause la plus fréquente (90 % des cas) de saignements utérins anormaux, mais le diagnostic se fait par élimination.

### CAUSES

Le problème est habituellement lié à l'un des trois déséquilibres hormonaux suivants : saignements secondaires à l'œstrogénothérapie, à une progestéronothérapie ou à l'arrêt de l'œstrogénothérapie.

#### *Saignements utérins dysfonctionnels anovulatoires*

L'anovulation est la cause la plus courante de saignements utérins dysfonctionnels chez les femmes en âge de procréer. Elle est particulièrement fréquente chez les adolescentes. Jusqu'à 80 % des cycles menstruels sont anovulatoires au cours de la première année qui suit l'apparition des règles. Les cycles deviennent ovulatoires entre 18 et 20 mois après les premières règles.

Certaines femmes ont encore des cycles anovulatoires après la maturation de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Une perte de poids, des troubles de l'alimentation, le stress, une maladie chronique ou un excès d'exercice sont autant de facteurs pouvant causer une anovulation d'origine hypothalamique.

Le syndrome des ovaires polykystiques est une autre cause d'anovulation. Cet état œstrogénique sans opposition augmente le risque d'hyperplasie endométriale et de cancer.

Certaines femmes présentant une anovulation chronique ne se classent pas dans ces catégories et sont considérées comme ayant une anovulation chronique idiopathique.

Toutes les causes d'anovulation indiquent un état déficitaire en progestérone.

#### *Saignements utérins dysfonctionnels ovulatoires*

Ce trouble est moins courant que les saignements anovulatoires. Les saignements utérins dysfonctionnels chez les femmes ayant un cycle ovulatoire se présentent sous la forme de saignements réguliers cycliques.

La ménorragie peut dénoter un trouble de saignement ou une lésion structurale, telle qu'un fibromyome utérin, une adénomyose ou des polypes endométriaux.

Jusqu'à 20 % des adolescentes qui consultent pour une ménorragie présentent une maladie hémorragique comme la maladie de Von Willebrand. Une affection hépatique entraînant des anomalies de la coagulation et une insuffisance rénale chronique peut aussi causer une ménorragie.

La polyménorrhée est habituellement causée par une insuffisance lutéale ou une phase folliculaire courte.

L'oligoménorrhée chez une femme qui ovule est habituellement causée par une phase folliculaire prolongée.

Les pertes intermenstruelles peuvent être causées par une affection du col ou par la présence d'un stérilet.

Les saignotements au milieu du cycle peuvent être la conséquence d'une chute rapide du taux d'œstrogènes avant l'ovulation.

Pour connaître les autres causes de saignements utérins anormaux, *voir le tableau 2 plus haut, dans le présent chapitre.*

## SYMPTOMATOLOGIE

- Âge (p. ex. âge de procréer ou ménopause)
- Volume, durée, fréquence, intervalle des pertes sanguines.
- Tentez de déterminer si les cycles sont ovulatoires ou anovulatoires (*voir le tableau 3 dans le présent chapitre*)
- Date des dernières règles normales
- La cliente utilise-t-elle une méthode de contraception? (Type? Le mode d'utilisation est-il approprié?)
- Hormonothérapie de remplacement si la femme est ménopausée
- Possibilité de grossesse
- Signes indiquant que la cliente saigne facilement (p. ex. gencives) ou a tendance à faire des ecchymoses, ce qui évoque une coagulopathie.
- Présence de douleurs associées aux saignements
- Antécédents de problèmes gynécologiques : résultat anormal à un test de Papanicolaou, fibromes, maladies transmises sexuellement (MTS), tumeur maligne gynécologique, épisodes antérieurs de saignements utérins anormaux
- Antécédents d'affection thyroïdienne, rénale ou hépatique
- Antécédents d'exercice physique intense (pouvant causer ce genre de problème)
- Antécédents de troubles de l'alimentation ou de stress affectif ou psychologique significatif
- Date et résultat du test de Papanicolaou le plus récent
- Date et résultat de la mammographie la plus récente si la cliente a l'âge de subir des tests de dépistage (50-69 ans)

## OBSERVATIONS

Un saignement utérin anormal est un symptôme et non une maladie. Les observations sont variables, selon les causes sous-jacentes. Les résultats de l'examen peuvent être faussement normaux ou manifestement anormaux.

Vous devez effectuer un examen gynécologique complet, c'est-à-dire prendre la tension artérielle de la cliente, la peser, examiner sa glande thyroïde, ses seins, son abdomen et sa région pelvienne (palpation bimanuelle).

L'examen pelvien consiste à vérifier attentivement la région génitale à la recherche de lacérations, d'une pathologie vulvaire ou vaginale et de lésions ou de polypes sur le col de l'utérus. L'examen bimanuel de l'utérus peut révéler une hypertrophie due à des fibromes, une adénomyose ou un cancer de l'endomètre.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

*Voir le tableau 2 de la section « Saignements utérins anormaux » plus haut, dans le présent chapitre.*

## TESTS DIAGNOSTIQUES

- Test urinaire de grossesse pour toutes les clientes en âge de procréer
- Formule sanguine (pour évaluer la perte de sang et vérifier si la numération plaquettaire est appropriée)
- Temps de prothrombine (PT) et temps de céphaline (PTT)
- Taux d'hormone thyréotrope (TSH) et de prolactine
- Épreuves de la fonction hépatique
- Prélèvements cervicaux et vaginaux en vue de cultures
- Test de Papanicolaou
- Échographie pelvienne si vous soupçonnez une pathologie organique

Il faut envisager une biopsie de l'endomètre au début de l'investigation pour toute femme de plus de 35 ans ou toute femme qui a des antécédents d'exposition prolongée à des œstrogènes sans opposition chez laquelle on n'observe aucune réponse aux méthodes de traitement initiales.

Ces tests doivent être prescrits par un médecin.

La biopsie de l'endomètre et l'échographie doivent être effectuées au début de l'investigation des saignements chez toute femme ménopausée.

**Tableau 3 : Caractéristiques des cycles menstruels ovulatoires et anovulatoires**

| Caractéristique | Cycle ovulatoire | Cycle anovulatoire |
|---|---|---|
| Durée du cycle | Normale | Imprévisible |
| Symptômes prémenstruels | Présents | Aucun |
| Pertes de sang | Dysménorrhée | Pertes de sang imprévisibles; saignotements fréquents; pertes abondantes peu fréquentes |
| Seins | Sensibles | Non sensibles |
| Courbe de la température basale | Biphasique | Monophasique |
| Autre | Modification de la glaire cervicale<br>Syndrome intermenstruel | |

## TRAITEMENT

### *Objectifs*

- Exclure la possibilité d'une maladie organique
- Régulariser le cycle menstruel
- Prévenir les complications

Le traitement dépend de la cause des saignements.

### *Femmes en préménopause*

Si la femme en âge de procréer n'est pas enceinte, si les résultats de l'examen physique sont normaux et si toutes les causes pathologiques, structurales et iatrogènes sont exclues, les saignements utérins anormaux sont généralement dysfonctionnels et peuvent être traités par une hormonothérapie. *Voir le tableau 4 plus loin, dans le présent chapitre*.

### *Femmes ménopausées*

Chez les femmes ménopausées présentant des saignements utérins anormaux, il faut surtout redouter le cancer de l'endomètre. On observe ce cancer chez 5 à 10 % des femmes ménopausées. Les saignements peuvent avoir d'autres causes : cancer du col de l'utérus, cervicite, vaginite atrophique, atrophie endométriale, fibromes sous-muqueux, hyperplasie de l'endomètre et polypes de l'endomètre.

### *Femmes recevant une hormonothérapie de remplacement*

Les femmes sous hormonothérapie de remplacement présentent souvent des saignements anormaux et 30 % d'entre elles sont atteintes d'une affection utérine. Parmi les autres causes de saignements, figurent les lésions au col de l'utérus, les affections vaginales ou l'hormonothérapie elle-même.

Les femmes qui reçoivent une hormonothérapie séquentielle peuvent présenter des saignements secondaires au milieu du cycle lorsqu'elles ont oublié de prendre des pilules ou en raison d'interactions médicamenteuses ou d'une malabsorption. Si des saignements imprévus surviennent au cours de deux cycles ou plus, une évaluation plus poussée est indiquée.

### *Consultation*

Consultez un médecin avant de demander des tests diagnostiques et au sujet des pharmacothérapies possibles si un traitement urgent s'impose.

**Tableau 4 : Traitement pharmacologique des saignements utérins dysfonctionnels**

| Groupe d'âge | Traitement | Commentaires |
|---|---|---|
| Préménopause | CO (**médicament de classe B** lorsqu'on les utilise pour traiter les saignements utérins dysfonctionnels) | Les CO monophasiques ou triphasiques à faible dose (35 µg) peuvent régulariser les cycles tout en empêchant la conception. |
| | Médroxyprogestérone (**médicament de classe B**), 10 mg/jour PO pendant 10 jours<br>*ou*<br>Depo-Provera (**médicament de classe B**), 150 mg IM tous les 3 mois | Si la contraception n'entre pas en ligne de compte, la médroxyprogestérone peut être utilisée pour régulariser les cycles. Chez une femme présentant une aménorrhée ou une oligoménorrhée, la prise de ce médicament tous les 3 mois peut offrir une protection contre l'hyperplasie endométriale. |
| Périménopause | Médroxyprogestérone (**médicament de classe B**), 10 mg/jour PO pendant 10 jours | Peut être prise tous les mois pour régulariser les saignements. |
| | CO (**médicament de classe B**) | Utiliser habituellement des pilules de 20 µg. On peut poursuivre la CO jusqu'à ce que la femme soit ménopausée. Il faut ensuite passer à une HTR (la CO peut être relativement contre-indiquée chez les femmes de plus de 35 ans qui fument). |
| Postménopause (femmes sous HTR) | HTR cyclique (**médicaments de classe B**) | On peut envisager une augmentation de la dose de progestérone si l'on observe des saignements de retrait précoces; augmenter la dose d'œstrogènes en présence de saignements intermenstruels. |
| | HTR d'association continue* (**médicament de classe B**) | On peut augmenter la dose d'œstrogènes pendant 1-3 mois pour stabiliser l'endomètre. On peut aussi essayer d'augmenter la dose de progestérone. Si les saignements continuent, il faut envisager de changer le schéma posologique : opter pour une HTR cyclique ou un type différent d'œstrogènes |

CO = Contraceptifs oraux; HTR = Hormonothérapie de remplacement.

* Jusqu'à 40 % des femmes qui suivent une hormonothérapie de remplacement d'association continue ont des saignements irréguliers au cours des 4-6 premiers mois du traitement (Rubin *et al.* 1996). Les saignements sont plus fréquents lorsque l'hormonothérapie est amorcée moins de 12 mois après la ménopause.

#### *Surveillance et suivi*

- Suivez la cliente tous les mois jusqu'à ce que les cycles soient réguliers.
- Au besoin, surveillez le taux d'hémoglobine si les saignements abondants persistent malgré le traitement.

#### *Orientation vers d'autres ressources médicales*

- Au besoin, orientez la cliente (si son état est stable) vers un médecin en vue d'une évaluation approfondie et d'un traitement.

## DYSMÉNORRHÉE

### DÉFINITION

Règles douloureuses.

### CAUSES

- *Dysménorrhée primaire :* contractions utérines normales pendant les règles.
- *Dysménorrhée secondaire :* endométriose, stérilet, infection pelvienne

### SYMPTOMATOLOGIE

#### *Dysménorrhée primaire*

- Débute de 6 à 12 mois après l'apparition des règles
- Douleurs au bas-ventre et au dos
- Douleurs fluctuantes à type de crampes
- Durée : de quelques heures à quelques jours
- Commencent avant ou pendant les règles
- Symptômes associés : nausées, diarrhée, céphalées, bouffées vasomotrices, syncope (rarement)
- Peuvent s'intensifier au fil des ans
- S'atténuent habituellement après la naissance du premier enfant

#### *Dysménorrhée secondaire*

- Débute plusieurs années après l'apparition des règles (entre la fin de la vingtaine et la quarantaine).
- Douleurs modérées ou intenses.
- Peuvent apparaître quelques jours avant le déclenchement des règles.
- Douleurs constantes ou intermittentes.
- Aggravées par le mouvement ou l'effort pendant la défécation.
- Peuvent être localisées ou irradier dans tout le bas-ventre.
- Symptômes associés possibles : nausées et vomissements, diarrhée ou constipation, céphalées, dyspareunie, écoulement vaginal, malaise.
- Les symptômes peuvent être présents pendant toute la durée du cycle ou apparaître un peu avant le déclenchement des règles et durer pendant toutes ces dernières.

### OBSERVATIONS

- Résultats de l'examen physique habituellement normaux.
- Fièvre possible en cas de dysménorrhée secondaire (infection).
- Décelez la présence d'une infection vaginale, du cordon du stérilet.
- Sensibilité possible du col utérin à la mobilisation et de l'utérus à la palpation.
- Décelez les problèmes suivants : masses annexielles, hypertrophie de l'utérus, enflure et sensibilité des ganglions lymphatiques inguinaux.

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Infection pelvienne
- Endométriose
- Stérilet
- Sténose du col
- Kyste ovarien hémorragique

### COMPLICATIONS

- Absentéisme (travail ou école)

### TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

### TRAITEMENT

#### *Objectifs*

- Distinguer la dysménorrhée primaire de la dysménorrhée secondaire
- Enrayer les symptômes
- Déterminer les facteurs prédisposants, les causes sous-jacentes

#### *Consultation*

Si la cliente ne répond pas au traitement de première intention, prenez des dispositions pour qu'elle consulte un médecin (rendez-vous non urgent).

#### *Interventions non pharmacologiques*

En cas de dysménorrhée primaire, rassurez la cliente en lui expliquant qu'elle n'est atteinte d'aucune affection génitale et que le problème disparaîtra probablement de lui-même.

### Éducation de la cliente

- Aidez la cliente à comprendre la physiologie du cycle menstruel normal et la raison pour laquelle des douleurs peuvent apparaître.
- Expliquez à la cliente l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires).
- Enseignez à la cliente les mouvements de bascule du bassin qui peuvent atténuer la douleur et les maux de dos.
- Suggérez-lui d'utiliser des bouillottes d'eau chaude et des serviettes tièdes pour atténuer la douleur.

Si la cliente porte un stérilet, envisagez une infection ou une mauvaise position du stérilet (qu'il faudra alors peut-être enlever).

#### *Interventions pharmacologiques*

Pour traiter les symptômes légers de la dysménorrhée primaire chez une cliente jeune et en santé :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO tid ou qid au besoin

Si la cliente est jeune, en santé et sexuellement active et qu'elle ait aussi besoin d'une méthode anticonceptionnelle, amorcez un traitement par des CO (**médicament de classe A**).

*Voir les tableaux 6 à 8 du présent chapitre pour de l'information sur les contraceptifs oraux.*

Pour soulager les symptômes modérés ou sévères, utilisez un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS); pour le cycle menstruel en cours seulement, utilisez l'un des produits suivants :

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe C**), comprimés de 250 mg, 2 comprimés immédiatement, puis 1 comprimé tid ou qid au besoin pendant 1 ou 2 jours

*ou*

acide méfénamique (Ponstan) (**médicament de classe C**), comprimés de 250 mg, 2 comprimés PO immédiatement, puis 1 comprimé PO tid ou qid au besoin pendant 1 ou 2 jours

Chez une femme présentant une dysménorrhée modérée ou sévère, le fait de prendre des AINS avant le début des règles permet de mieux maîtriser la douleur.

Ces préparations sont contre-indiquées chez les clientes allergiques à l'acide acétylsalicylique (AAS) ou ayant des antécédents d'ulcère gastro-duodénal.

#### *Surveillance et suivi*

Réévaluez les symptômes au bout de 6 mois.

#### *Orientation vers d'autres ressources médicales*

Orientez la cliente vers un médecin si vous soupçonnez une cause secondaire de dysménorrhée ou si le traitement ne permet pas de soulager les symptômes.

## MASSES AUX SEINS

### DÉFINITION

Masse ou irrégularité dans un sein. Il peut y en avoir une seule ou plusieurs.

### CAUSES

- Modifications dues à une mastose sclérokystique
- Effets hormonaux cycliques sur les tissus mammaires normaux
- Affection bénigne du sein
- Affection maligne
- Traumatisme (hématome)
- Infection s'accompagnant d'un engorgement des canaux galactophores

### SYMPTOMATOLOGIE

- Découverte d'une masse dans le sein
- Déterminez le moment du cycle menstruel où la masse a été découverte (les seins sont parfois grumeleux à la palpation avant ou pendant les règles).
- Vérifiez si la cliente a déjà eu des masses aux seins.
- Posez des questions sur les points suivants : douleur, écoulement des mamelons, rougeur du sein, modifications cutanées, lactation.
- Prise de médicaments (p. ex. CO)
- Antécédents d'affection mammaire ou antécédents familiaux (membres féminins de la parenté au premier degré) d'affection mammaire.
- Traumatisme récent au sein
- Présence de fièvre ou de signes généraux de maladie

### OBSERVATIONS

- Examinez visuellement la cliente en position assise, d'abord avec les bras le long du corps, puis avec les bras levés au-dessus de la tête.
- Répétez l'examen en position allongée.
- Évaluez la symétrie (taille, forme, contour).
- Vérifiez les aspects suivants : rougeur, capitonnage ou épaississement cutané.
- Vérifiez s'il y a écoulement du mamelon ou formation de croûtes.
- Palpez les seins et les creux axillaires en position assise, puis allongée.
- Décelez les masses, la sensibilité, la chaleur, les ganglions lymphatiques.
- Demandez à la cliente de localiser la masse.
- Décrivez les masses en précisant leur taille, leur délimitation, leur consistance (p. ex. dures, fermes, molles, liquides), leur forme, leur mobilité et leur position.

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cancer
- Affection bénigne du sein
- Mastite avec ou sans abcès

### TESTS DIAGNOSTIQUES

- Mammographie de dépistage tous les 2 ans de l'âge de 50 à 69 ans.
- Mammographies plus fréquentes si la cliente est à haut risque.
- Échographie du sein si vous découvrez une masse.

### TRAITEMENT

#### *Objectifs*

- Exclure rapidement les affections graves.

#### *Consultation*

Consultez un médecin dès que possible si vous découvrez une masse sur un sein.

#### *Interventions non pharmacologiques*

- Dépistage mammographique régulier : incitez les femmes de 50-69 ans (et les plus jeunes lorsqu'elles sont à risque) à subir une mammographie de dépistage tous les 2 ans.

#### Éducation de la cliente

- Montrez à la cliente comment procéder à l'auto-examen des seins.
- En cas de masses bénignes, suivez la cliente à intervalles réguliers et recommandez-lui de revenir à la clinique si elle constate des changements.
- Informez et aidez la cliente avant d'entreprendre quelque procédure d'investigation que ce soit.

#### *Orientation vers d'autres ressources médicales*

Dès que possible, orientez la cliente vers un chirurgien en vue d'un diagnostic définitif.

## MASTITE

### DÉFINITION

Inflammation et infection du sein.

### CAUSES

- Habituellement, *Staphylococcus aureus*; à l'occasion, des streptocoques .

#### *Facteurs de risque*

- Engorgement des canaux galactophores chez les femmes qui allaitent
- Mauvaise hygiène mammaire
- Fissure des mamelons (crevasses)

### SYMPTOMATOLOGIE

- Accouchement récent (2 semaines ou plus avant la consultation)
- Sein(s) atteint(s) : dur(s) et rouge(s)
- Douleur mammaire intense
- Fièvre et frissons associés

### OBSERVATIONS

- Fièvre
- Fréquence cardiaque rapide
- Souffrance modérée
- Le sein atteint présente des régions rouges ou striées et enflées.
- Les mamelons peuvent être excoriés, fissurés ou engorgés de lait.
- Épiderme chaud au toucher
- Région atteinte rouge, dure (indurée) et sensible
- Masse fuyante au doigt (indique la présence d'un abcès)
- Ganglions axillaires enflés et sensibles

## COMPLICATIONS

- Abcès
- Interruption de l'allaitement en raison de la douleur, ce qui peut entraîner un engorgement mammaire
- Septicémie

## TESTS DIAGNOSTIQUES

- Obtenez un échantillon de lait en vue d'une culture et d'un antibiogramme.

## TRAITEMENT

### *Objectifs*

- Enrayer l'infection.
- Prévenir les récidives (en enseignant à la cliente les soins appropriés des seins).

### *Interventions non pharmacologiques*

Expliquez à la cliente qu'elle doit prendre les mesures suivantes :

- Appliquer des compresses tièdes qid pour atténuer la douleur.
- Il est important de vider régulièrement le sein atteint toutes les 6 heures, à la fois manuellement et en allaitant.

### Éducation de la cliente

- Expliquez à la cliente l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence).
- Recommandez à la cliente de poursuivre l'allaitement ou d'utiliser un tire-lait de façon à enrayer l'engorgement et à prévenir une nouvelle stagnation de lait.
- Conseillez la cliente sur la façon d'améliorer son hygiène mammaire afin de prévenir l'infection et de soulager les mamelons fissurés.
- Suggérez à la cliente d'appliquer une lotion inodore pour faciliter la cicatrisation des mamelons et prévenir les crevasses.
- Suggérez à la cliente de porter un soutien-gorge bien ajusté pour atténuer la douleur.

### *Interventions pharmacologiques*

#### Mastite bénigne ou modérée

Antibiotiques oraux :

cloxacilline (Orbénine) (**médicament de classe A**), 250-500 mg PO qid pendant 10 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 10 jours

Antipyrétiques et analgésiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 h au besoin

*ou (en cas de douleur modérée ou intense)*

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés toutes les 4 h au besoin (maximum : 15 comprimés)

### *Surveillance et suivi*

- Revoyez la cliente après 24 et 48 heures.
- Surveillez la formation possible d'un abcès.

## TRAITEMENT DE LA MASTITE SÉVÈRE

Si la cliente semble très souffrante, fiévreuse et incommodée, suivez les recommandations suivantes.

### *Traitement adjuvant*

Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique afin de garder la veine ouverte.

### *Consultation et interventions pharmacologiques*

Dans la mesure du possible, consultez un médecin au sujet d'une antibiothérapie par voie IV; sinon, amorcez le traitement :

cloxacilline (Orbénine) (**médicament de classe D**), 500-1 000 mg IV toutes les 6 h

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine (Erythrocin) (**médicament de classe A)**, 500-1 000 mg IV toutes les 6 h

### *Orientation vers d'autres ressources médicales*

Transférez la cliente à l'hôpital; une incision et un drainage peuvent s'avérer nécessaires.

# VULVOVAGINITE

## DÉFINITION

Inflammation et irritation de la muqueuse vaginale.

## CAUSES

- Causes les plus courantes : infection à *Candida*, *Trichomonas* ou *Gardnerella vaginalis* (vaginose bactérienne).
- Causes moins courantes : autres bactéries vaginales anaérobies.
- Autres causes : atrophie de la muqueuse vaginale chez les femmes ménopausées, irritants chimiques, corps étranger.

## SYMPTOMATOLOGIE

- Pertes vaginales
- Irritations, démangeaisons ou brûlures vaginales
- Irritations, démangeaisons ou brûlures vulvaires secondaires
- Dyspareunie superficielle (rapports sexuels douloureux lors de l'intromission)
- Les symptômes peuvent être récurrents
- Vérifiez tout lien possible avec l'usage récent d'antibiotiques
- Présence possible de symptômes urinaires
- Présence possible de saignotements vaginaux
- Vérifiez si la cliente utilise un stérilet
- Renseignez-vous aussi sur les points suivants : diabète sucré ou symptômes associés à cette maladie, usage de stéroïdes, ménopause ou signes avant-coureurs de la ménopause.

## OBSERVATIONS

Les signes physiques associés à la vulvovaginite (de causes diverses) sont présentées au tableau 5.

L'examen au spéculum et la palpation bimanuelle peuvent être légèrement à moyennement douloureux selon la sévérité de la vaginite.

## RÉSULTATS DES ANALYSES DE LABORATOIRE

- Microscopie : des *Trichomonas* vivants, ou encore de spores ou des filaments mycéliens de *Candida* peuvent être observés sur une préparation à l'état frais de soluté physiologique.
- Une préparation à l'état frais d'hydroxyde de potassium (KOH) permet d'observer des « clue cells », cellules épithéliales vaginales couvertes de bactéries, qui sont associées à la vaginose bactérienne.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Maladies transmises sexuellement (MTS) concomitantes
- Vaginite athrophique chez les femmes ménopausées
- Cystite

## TESTS DIAGNOSTIQUES

- Effectuez un prélèvement vaginal pour un antibiogramme ou une culture courante et pour déceler la présence de gonorrhée ou de chlamydiose.
- Effectuez une préparation à l'état frais de soluté physiologique : recherchez les *Trichomonas*, les spores de levure, les filaments mycéliens.
- Effectuez une préparation à l'état frais d'hydroxyde de potassium : recherchez des « clue cells » (vaginose bactérienne).
- Déterminez le pH des leucorrhées à l'aide d'une bandelette réactive, si vous en avez sous la main.
- Obtenez un échantillon d'urine en vue d'examens (microscopie et culture) courants.

## TRAITEMENT

### *Objectifs*

- Faire la distinction entre les différentes causes de vaginite.
- Enrayer les symptômes.
- Déterminer les facteurs prédisposants.
- Prévenir de nouvelles infections.

**Tableau 5 : Observations en cas de vulvovaginite**

| Candidose | Trichomonase | Vaginose bactérienne | Vaginite atrophique |
|---|---|---|---|
| Rougeur des organes génitaux externes; paroi vaginale recouverte d'exsudat blanc adhérent; lorsque l'exsudat est enlevé, la région sous-jacente peut saigner. | Rougeur des organes génitaux externes; exsudat verdâtre spumeux abondant, odeur désagréable; col utérin excorié, qui saigne facilement. | Pertes grise peu abondantes à moyennement abondantes, d'odeur désagréable (odeur « de poisson »). | Muqueuse vaginale sèche, mince, lisse et pâle; présence possible de minuscules lésions à la surface de la muqueuse. |

### *Interventions non pharmacologiques*

#### Éducation de la cliente

Expliquez à la cliente qu'elle doit prendre les mesures suivantes :

- Faire un usage approprié des médicaments (dose, fréquence, importance d'observer le traitement).
- S'abstenir d'avoir des rapports sexuels (ou utiliser des condoms) jusqu'à ce que l'infection soit jugulée.
- S'abstenir de consommer de l'alcool si elle emploie des préparations à base de métronidazole.
- Utiliser un lubrifiant en cas de vaginite atrophique.
- Éviter de porter des sous-vêtements trop serrés en tissu synthétique en cas de candidose à répétition.
- Observer les règles d'hygiène périnéale de façon à éviter de nouvelles infections.

### *Candidose soupçonnée*

#### Interventions pharmacologiques

clotrimazole (Canesten) (**médicament de classe A**), crème à 1 % ou ovule PV une fois par jour pendant 6 ou 7 jours

*ou*

miconazole (Monistat) (**médicament de classe A**), crème vaginale à 2 % ou ovule de 200 mg PV une fois par jour pendant 6 ou 7 jours

#### Surveillance et suivi

- Revoyez la cliente au bout de 7-10 jours, une fois le traitement terminé.
- Vérifiez la glycémie en cas de vaginite à levure récurrente.
- Chez les femmes qui prennent des CO et qui ont des infections fréquentes, les CO peuvent être un facteur prédisposant.
- Dans les cas d'infections vaginales à levure récurrentes et d'origine inconnue, l'application de yogourt nature dans le vagin peut aider à prévenir les rechutes (une fois que le traitement par la crème ou les ovules est terminé).
- La balanite à *Candida* chez le partenaire sexuel masculin doit être traitée à l'aide d'une pommade topique à base de clotrimazole ou de miconazole.

### *Vaginose bactérienne soupçonnée*

#### Interventions pharmacologiques

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe A**), 500 mg PO bid pendant 7 jours

Indiquez à la cliente qu'elle doit s'abstenir de consommer de l'alcool pendant qu'elle prend de la métronidazole en raison des effets secondaires analogues à ceux de l'Antabuse provoqués par ce médicament.

N'utilisez pas le métronidazole chez les femmes enceintes ou qui allaitent, ni chez celles atteintes d'alcoolisme chronique. Utilisez plutôt le médicament suivant :

amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 500 mg PO tid pendant 7 jours

#### Surveillance et suivi

- Revoyez la cliente au bout de 7-10 jours, une fois le traitement terminé.
- Le traitement du partenaire sexuel n'est habituellement pas indiqué.

### *Infection à* Trichomonas vaginalis *soupçonnée*

#### Interventions pharmacologiques

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe A**), 2,0 g PO immédiatement en une seule dose

*ou*

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe A**), 250 mg PO tid pendant 7 jours

Indiquez à la cliente qu'elle doit s'abstenir de consommer de l'alcool pendant qu'elle prend de la métronidazole en raison des effets secondaires analogues à ceux de l'Antabuse provoqués par ce médicament.

N'utilisez pas le métronidazole chez les femmes enceintes ou qui allaitent, ni chez celles présentant un alcoolisme chronique. Utilisez plutôt le médicament suivant :

amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 500 mg PO tid pendant 7 jours

Expliquez à la cliente qu'elle doit s'abstenir d'avoir des rapports sexuels pendant 3-4 jours.

Traitez le partenaire sexuel :

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe A**), 2,0 g PO immédiatement en une seule dose

#### Surveillance et suivi

- Revoyez la cliente au bout de 7-10 jours, une fois le traitement terminé.

# PAPILLOMAVIRUS (HPV) (VERRUES GÉNITALES)

## DÉFINITION

Le papillomavirus (HPV) est un micro-organisme transmis sexuellement. Condylomes acuminés, verrues génitales et verrues vénériennes sont les autres noms des manifestations du papillomavirus.

## CAUSES

Le papillomavirus, un virus à ADN de croissance lente de la famille des papovavirus, est le micro-organisme responsable de l'affection. Plus de 70 souches du virus ont été répertoriées. Les verrues peuvent apparaître à peine 1-2 mois après l'exposition, mais la plupart des infections demeurent subcliniques.

### *Facteurs de risque*

- Premier rapport sexuel à un jeune âge
- Partenaires sexuels multiples
- Antécédents d'infections transmissibles

## SYMPTOMATOLOGIE

- Petites « bosses » ou verrues génitales indolores
- Prurit
- Saignements pendant et après le coït
- Pertes vaginales malodorantes
- Dysurie
- Excroissances ressemblant à des verrues dans la région génitale, saillantes et rugueuses ou plates et lisses.
- Lésions uniques ou groupées, dont la taille varie de moins d'un mm de diamètre à des agrégats ayant un aspect en chou-fleur.
- Papillomes de couleur rose pâle.

## OBSERVATIONS

Excroissances ressemblant à des verrues dans la région génitale, qui sont saillantes et rugueuses ou plates et lisses.

Pour vérifier si la paroi vaginale présente des lésions, appliquez de l'acide acétique à 3 % (vinaigre); le vinaigre blanchit les lésions et les rend visibles.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Condylomes
- *Molluscum contagiosum*
- Cancer

## TESTS DIAGNOSTIQUES

- L'identification visuelle suffit dans la plupart des cas.
- Cytologie : le test de Papanicolaou est utile, mais des résultats indiquant une koilocytose, une dyskératose, une atypie kératinisante, une inflammation atypique et une parakératose sont tous évocateurs d'un papillomavirus.
- Histologie : le diagnostic des lésions subcliniques, d'une dysplasie et d'une tumeur maligne se fait par colposcopie et biopsie dirigée.

## TRAITEMENT

### *Consultation*

Consultez un médecin afin qu'il prescrive un médicament pour traiter les verrues externes.

### *Interventions non pharmacologiques*

#### Éducation de la cliente

- Expliquez à la cliente que le traitement élimine les verrues visibles mais non le virus, et qu'aucun traitement ne s'est révélé efficace à cette fin.
- Insistez sur le fait que l'ablation des verrues peut réduire la charge virale et la transmissibilité de l'agent pathogène.
- Conseillez à la cliente de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels tant que les lésions sont présentes.

### *Interventions pharmacologiques*

- Le traitement n'est pas recommandé pour les infections subcliniques (absence de verrues exophytiques)
- Appliquez chaque semaine, sur les verrues *externes* visibles, de la résine de podophylle (podophylline à 25 %) (**médicament de classe B**) dans un composé de teinture de benjoin jusqu'à la disparition des verrues.
- Vous pouvez appliquer de la gelée de pétrole sur la peau entourant les verrues, afin de protéger les régions non atteintes.
- Indiquez à la cliente qu'elle doit enlever la résine en se lavant au bout de 4 heures.
- Si les verrues n'ont pas été éliminées après six applications, envisagez un autre traitement.

### *Surveillance et suivi*

- Un suivi à court terme n'est pas recommandé si la patiente est asymptomatique après le traitement.
- Un suivi à long terme doit inclure un test de Papanicolaou et des examens pelviens annuels.
- Encouragez la patiente à examiner ses organes génitaux.

Il existe une association établie entre l'infection à papillomavirus et la survenue ultérieure du cancer du col. Par conséquent, pour les femmes présentant une telle infection, un dépistage annuel au moyen du test de Papanicolaou s'impose.

### *Orientation vers d'autres ressources médicales*

Consultez un médecin ou dirigez la cliente vers un médecin si les lésions persistent après six traitements consécutifs ou si vous diagnostiquez des verrues cervicales ou rectales.

## INFECTION PELVIENNE

### DÉFINITION

Infection ascendante de l'utérus et des trompes de Fallope. Peut être aiguë ou chronique.

### CAUSES

- Causes les plus courantes : *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia*
- Autres causes : bactéries anaérobies, *Escherichia coli*, streptocoques du groupe B
- Origine souvent polymicrobienne

### *Facteurs de risque*

- Partenaires sexuels multiples
- Partenaire ayant des partenaires sexuelles multiples
- Emploi d'un stérilet
- Manœuvre instrumentale transcervicale (p. ex. insertion d'un stérilet)

### SYMPTOMATOLOGIE

Peut se manifester de façon aiguë ou subaiguë.

- En règle générale, femmes jeunes et sexuellement actives.
- Femmes ayant des partenaires sexuels multiples (prévalence cinq fois plus grande)
- Partenaire de la cliente ayant des partenaires sexuelles multiples
- Emploi d'un stérilet comme méthode de contraception
- Douleurs d'apparition récente dans le bas-ventre
- Fièvre et frissons
- Pertes vaginales possibles
- Présence possible de perturbations du cycle menstruel ou de dyspareunie
- Nausées et vomissements
- Anorexie
- Symptômes urinaires

### OBSERVATIONS

- Fièvre possible
- Accélération possible de la fréquence cardiaque
- Cliente en état de souffrance légère à sévère
- Sensibilité abdominale, avec ou sans décompression brusque de la paroi abdominale
- Leucorrhée possible
- Sensibilité légère à sévère à la palpation bimanuelle du col et de l'utérus
- Sensibilité du col à la mobilisation
- Sensibilité annexielle
- Sensation de plénitude annexielle ou de masse
- Signes possibles de péritonite

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cervicite
- Grossesse ectopique
- Masse annexielle avec rupture ou torsion (p. ex. torsion d'un kyste ovarien)
- Pyélonéphrite
- Appendicite
- Affection intestinale inflammatoire
- Diverticulite

### COMPLICATIONS

- Épisodes récurrents (dans 15 à 25 % des cas)
- Abcès tubo-ovarien (dans 15 % des cas)
- Septicémie
- Infertilité (prévalence de 12 % après un épisode)
- Douleurs pelviennes chroniques (dans 20 % des cas)
- Adhérences
- Risque accru de grossesse ectopique (risque quatre à huit fois plus élevé)

## TESTS DIAGNOSTIQUES

- Formule sanguine
- Prélèvements vaginaux et cervicaux en vue d'une culture et d'un antibiogramme, ainsi que pour rechercher *N. gonorrhoeae* et *Chlamydia*
- Test urinaire de grossesse

## TRAITEMENT

### *Objectifs*

- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications

### *Consultation*

- Consultez un médecin, car les médicaments de première intention doivent être prescrits par un médecin.
- Les infections pelviennes peuvent être traitées par une antibiothérapie, soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit en consultation externe.

### *Interventions non pharmacologiques*

#### Éducation de la cliente

- Expliquez à la cliente l'évolution de la maladie, le pronostic et les complications ultérieures.
- Expliquez à la cliente l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, importance d'observer le traitement)
- Recommandez-lui de se reposer davantage pendant la phase aiguë.
- Apprenez-lui les règles d'hygiène périnéale.
- Recommandez à la cliente d'éviter les rapports sexuels et l'emploi de tampons.
- Conseillez la cliente quant aux pratiques sexuelles sans risque (p. ex. utilisation de condoms pour prévenir d'autres épisodes).
- Recommandez à la cliente de revenir à la clinique si les symptômes s'aggravent ou s'il n'y a aucune amélioration après 48-72 heures.

### *Interventions pharmacologiques*

Antibiothérapie en consultation externe :

céfoxitine (Mefoxin) (**médicament de classe B**), 2 g IM

*et*

probénécide (Benemid) (**médicament de classe D**), 1 g PO immédiatement

*puis*

doxycycline (Vibramycin) (**médicament de classe A**), 100 mg PO bid pendant 14 jours

*ou*

tétracycline (Tetracyn) (**médicament de classe A**), 500 mg PO qid pendant 14 jours

*ou*

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 500 mg PO qid pendant 14 jours

En cas d'allergie à la pénicilline, utilisez seulement la doxycycline ou la tétracycline.

Analgésique et antipyrétique :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

### *Surveillance et suivi*

- Revoyez la cliente après 24-48 heures et prévoyez une visite de suivi au bout de 7-10 jours.
- Demandez-lui de revenir à la clinique si les symptômes s'aggravent malgré le traitement.
- Tous les partenaires sexuels doivent faire l'objet d'un examen visant à déceler les symptômes de MTS.

## TRAITEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

### *Indications d'hospitalisation*

- La cliente ne répond pas au traitement.
- Nulliparité, en particulier chez les femmes de moins de 20 ans
- Grossesse
- Présence d'un abcès tubo-ovarien
- Présence de symptômes gastro-intestinaux
- Présence d'un stérilet
- La cliente semble très malade.
- Incapacité d'exclure les urgences chirurgicales comme cause de l'affection (p. ex. grossesse ectopique ou appendicite)
- Diagnostic incertain
- Intolérance de la cliente au traitement en consultation externe
- Cliente non fiable; on prévoit la non-adhésion au traitement et du suivi

### *Consultation*

Consultez un médecin afin qu'il prescrive un médicament et pour organiser le transfert de la patiente.

### *Traitement adjuvant*

- Gardez la cliente au lit
- Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique afin de garder la veine ouverte.
- Prélevez du sang en vue d'une culture (3 échantillons)

### *Interventions pharmacologiques*

Antibiotiques IV :

céfoxitine (Mefoxin) (**médicament de classe B**), 2,0 g IV toutes les 6 h

*et*

doxycycline (Vibramycin) (**médicament de classe A**), 100 mg PO toutes les 2 h

En cas d'allergie à la doxycycline ou à la tétracycline :

érythromycine (Erythrocin) (**médicament de classe A**), 500 mg IV toutes les 6 h

N'administrez pas de céfoxitine aux clientes allergiques à la pénicilline, à cause du risque de réaction croisée.

Les femmes enceintes doivent faire l'objet d'une attention particulière : ne leur donnez pas de la doxycycline. Consultez un médecin au sujet du choix des antibiotiques.

### *Surveillance et suivi*

Surveillez fréquemment les signes vitaux et les symptômes.

### *Orientation vers d'autres ressources médicales*

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

## CONTRACEPTION

### DÉFINITION

Prévention de la grossesse.

### CONSEILS QUANT AU CHOIX D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE

### *Méthodes de barrière*

- Évaluez la motivation de la cliente, la mesure dans laquelle elle se sent à l'aise avec ces méthodes et sa capacité de les utiliser systématiquement.
- Expliquez le mode d'emploi des condoms.
- Expliquez le mode d'emploi des applicateurs de gel et de mousse.
- Selon la disponibilité du dispositif et votre capacité, donnez un diaphragme de la taille appropriée à la cliente ou dirigez celle-ci vers un médecin.
- Montrez à la cliente comment mettre en place le diaphragme et demandez-lui de le faire à son tour.
- Contre-indications relatives à l'emploi d'un diaphragme : cystites à répétition et antécédents de syndrome de choc toxique.

### *Prévention de l'ovulation – Contraceptifs oraux*

- Méthode consistant à prévenir la grossesse empêchant la libération de l'ovule et en entraînant des modifications de la glaire cervicale, de l'endomètre et de la motilité des trompes.
- Un test de Papanicolaou (frottis cervico-vaginal) doit être effectué tous les ans.
- Montrez à la cliente comment procéder à l'auto-examen des seins une fois par mois.
- Expliquez à la cliente le mode d'emploi des CO (elle doit prendre la pilule sans faute tous les jours à la même heure).
- Indiquez à la cliente qu'elle doit revenir à la clinique dans les cas suivants : céphalées, douleur dans les jambes ou œdème des jambes, aménorrhée ou saignements intermenstruels.
- Indiquez à la cliente que si elle oublie de prendre sa pilule pendant 2 jours consécutifs, ou si elle a des vomissements ou de la diarrhée, elle devra utiliser une méthode de barrière pendant le reste du cycle, en plus des CO, pour éviter une grossesse.

### *Prévention de l'implantation – Stérilet*

- Expliquez de quelle façon le stérilet prévient la grossesse.
- Contre-indications absolues : antécédents d'infections pelviennes ou infection pelvienne active.
- Habituellement, le stérilet est contre-indiqué chez les nullipares.
- Contre-indications relatives : antécédents de MTS à répétition ou de grossesse ectopique, partenaires multiples, règles abondantes et dysménorrhée.

### *Stérilisation – Ligature des trompes et vasectomie*

- Les deux partenaires devraient être présents lors de cette visite afin d'être bien renseignés et conseillés s'ils le souhaitent.
- Les clients doivent être absolument sûrs de ne plus vouloir d'enfants, puisque, à toutes fins pratiques, il s'agit d'interventions irréversibles.
- Ligature des trompes : consiste à insuffler de l'air dans l'abdomen, puis à sectionner et à suturer les trompes de Fallope sous anesthésie générale.
- Vasectomie : consiste à sectionner et à suturer les canaux déférents (peut s'effectuer en clinique externe).

Les deux interventions comportent des risques et certains effets déplaisants qu'il faut expliquer aux clients.

## TRAITEMENT

Voir le tableau 6, plus loin, concernant les principes d'utilisation des contraceptifs oraux.

### *Objectifs*

- Prévenir la grossesse
- Prévenir les maladies transmises sexuellement
- Déceler les effets secondaires et les corriger.

### *Interventions non pharmacologiques*

- Discutez de toutes les méthodes de contraception : méthodes de barrière, spermicides, diaphragme, stérilet, CO, injections de Depo-Provera.
- Vu que le tabagisme augmente le risque de complications graves liées aux CO, il faudrait offrir à la cliente des consultations de renoncement au tabac si elle décide d'utiliser des CO.
- Incitez la cliente à utiliser des condoms en plus de la méthode de contraception choisie de manière à prévenir les maladies transmises sexuellement.
- Si elle a l'expérience et les connaissances voulues, l'infirmière peut elle-même déterminer la taille du diaphragme, si elle se sent à l'aise de le faire, ou diriger la cliente vers le médecin lors de sa prochaine visite au poste.
- Pour les adolescentes et les jeunes femmes, les CO ou le Depo-Provera (injections) sont les méthodes de choix.

### *Prescription de contraceptifs oraux*

Le choix des CO dépend de divers facteurs :

- Absence de contre-indications à l'utilisation de CO (*voir le tableau 7, plus loin*)
- Caractéristiques du flux menstruel habituel (peu abondant, moyen ou abondant) (*voir le tableau 8, plus loin*)
- Présence de dysménorrhée
- Caractéristiques de la peau (teint clair, peau grasse, acné, hyperpilosité).
- Poids de la cliente (faible poids, poids moyen ou surcharge pondérale)

Choisissez les CO en fonction du profil de la cliente.

**Tableau 6 : Principes d'utilisation des contraceptifs oraux**

**Anamnèse et examen physique**

Avant de prescrire des CO, il faut procéder à une anamnèse et à un examen complets.

Obtenez les antécédents médicaux, gynécologiques et obstétricaux complets (voir la section « Évaluation de l'appareil reproducteur de la femme » plus haut dans le présent chapitre).

En particulier, relevez les affections chroniques (p. ex. cardiopathie, thrombose veineuse profonde, hypertension, migraines, affection pelvienne, infection génitale, épilepsie) ou les médicaments pouvant entraver la contraception orale.

Examinez l'utilisation de méthodes contraceptives dans le passé, leur efficacité, les problèmes rencontrés, la raison pour laquelle la cliente a cessé de les utiliser, les contre-indications particulières.

**Tests de laboratoire**

Procédez à un frottis vaginal (test de Papanicolaou) et à des prélèvements en vue de détecter *Chlamydia* et *N. gonorrhoeae* chez toutes les clientes qui ont eu des relations sexuelles.

Effectuez un test urinaire de grossesse.

**Dose initiale**

Pour les jeunes femmes en santé, commencez par une dose quotidienne de 30-35 µg d'œstrogènes, associée à la dose la plus faible possible de n'importe quel type de progestérone, de manière à procurer une contraception efficace et un cycle régulier.

Le traitement par la médroxyprogestérone (Depo-Provera) (**médicament de classe B**), 150 mg IM tous les 3 mois, et par tout CO renfermant 50 µg d'œstrogènes ne doit pas être amorcé par l'infirmière.

**Femmes plus âgées**

Tant que la cliente est menstruée, elle peut tomber enceinte.

La cliente doit continuer d'utiliser un moyen de contraception pendant l'année qui suit la ménopause (c.-à-d. absence de règles pendant 1 an).

Une association de CO faibles en œstrogènes (20 µg) est utile, à condition que la cliente ne fume pas et que la prise de CO ne soit pas contre-indiquée.

**Postpartum : clientes qui n'allaitent pas**

Les femmes qui n'allaitent pas peuvent s'attendre à voir réapparaître leurs règles environ 6 semaines après l'accouchement.

La cliente peut recommencer la CO n'importe quand après l'accouchement.

Si la cliente prévoit allaiter, il faut attendre 72 heures après l'accouchement avant d'administrer du Depo-Provera.

L'augmentation des thromboses liées à la prise de CO au cours de cette période est minime.

**Postpartum : clientes qui allaitent**

Chez les femmes qui allaitent, le moment où les règles reviennent varie beaucoup.

Une ovulation peut se produire en l'absence de menstruation.

Chez les clientes qui allaitent, on peut donner des CO à base de progestérone seulement (p. ex. noréthindrone [Micronor] ou administrer du Depo-Provera par voie IM).

**Remarque :**

Il est inutile de prévoir une période de « repos » pour la cliente habituée à prendre des CO.

Les CO peuvent être pris (en l'absence d'effets indésirables) jusqu'à la ménopause; cependant, si la cliente a plus de 35 ans, elle ne doit pas fumer.

Après la ménopause, d'autres méthodes de contraception doivent être envisagées.

La cliente doit continuer d'utiliser un moyen de contraception pendant toute l'année qui suit sa ménopause (c.-à-d. absence de règles pendant 1 an).

**Tableau 7 : Contre-indications à l'utilisation de contraceptifs oraux**

| Contre-indications absolues | Contre-indications de principe | Contre-indications relatives |
|---|---|---|
| Throbophlébite, troubles thrombo-emboliques | Céphalées sévères, en particulier céphalées vasculaires ou migraines | Antécédents familiaux importants de diabète sucré |
| Troubles cérébrovasculaires | Hypertension (TA de 140/90 mm Hg ou plus) | Antécédents de cholestase durant la grossesse |
| Cardiopathie ischémique, coronaropathie | Diabète sucré | Hyperbilirubinémie congénitale (maladie de Gilbert) |
| Cancer connu ou soupçonné du sein | Affection active de la vésicule biliaire | Insuffisance hépatique au moment où la cliente consulte ou au cours de la dernière année |
| Néoplasie oestrogéno-dépendante connue ou soupçonnée | Mononucléose infectieuse, phase aiguë | Manque de fiabilité connu (cliente peu susceptible de prendre la pilule correctement). |
| Grossesse confirmée ou soupçonnée | Drépanocytose | |
| Tumeur hépatique bénigne ou maligne | Chirurgie élective lourde prévue au cours des 4 prochains mois ou chirurgie lourde nécessitant une immobilisation | |
| Saignements génitaux anormaux non diagnostiqués | Plâtre sur toute la jambe ou blessure grave à la partie inférieure de la jambe | |
| | Femmes de 40 ans ou plus | |
| | Femmes d'au moins 35 ans fumant beaucoup (plus de 15 cigarettes par jour) | |

**Tableau 8 : Choix des contraceptifs oraux**

| Caractéristiques de la cliente | CO de départ |
|---|---|
| Flux menstruel peu abondant | Triphasil, Ortho 0,5/35, Brevicon 0,5/35, Demulen 30 (**médicaments de classe A**) |
| Flux menstruel moyennement abondant | Triphasil, Demulen 30, Ortho 10/11 (**médicaments de classe A**) |
| Flux menstruel très abondant | LoEstrin 1,5/30, MinOvral Ortho 1/35, Brevicon 1/35, Ortho 10/11 (**médicaments de classe A**) |
| Flux menstruel anormalement abondant (cycles anovulatoires) | Consulter un médecin |
| Dysménorrhée | LoEstrin 1,5/30, MinOvral Ortho 1/35, Brevicon 1/35, Ortho 10/11 (**médicaments de classe A**) |
| Tendance à avoir la peau grasse ou de l'acné, à prendre du poids ou à avoir une hyperpilosité | Demulen 30, Triphasil, Ortho 0,5/35, Brevicon 0,5/35 (**médicaments de classe A**) |

### *Cas où une surveillance étroite s'impose*

- Dépression
- Épilepsie
- Antécédents familiaux d'hyperlipidémie
- Antécédents familiaux de décès du père, de la mère, d'un frère ou d'une sœur en raison d'un infarctus du myocarde, avant l'âge de 50 ans.

Consultez un médecin avant de donner des CO aux clientes présentant des « contre-indications relatives » (voir tableau 7) ou à celles qui doivent faire l'objet d'une surveillance étroite (voir plus haut). Ne donnez pas de CO aux clientes présentant des « contre-indications de principe » (voir tableau 7).

### *Surveillance et suivi*

- Le premier examen de contrôle devrait avoir lieu au bout de 3 mois.
- Les femmes en bonne santé devraient subir des examens tous les ans, y compris le test de Papanicolaou.
- Incitez les femmes à s'examiner les seins et montrez-leur comment procéder.

### *Orientation vers d'autres ressources médicales*

Orientez vers un médecin toutes les femmes souhaitant utiliser un stérilet, se faire stériliser ou recevoir du Depo-Provera.

# MÉNOPAUSE

## DÉFINITION

Arrêt des règles pendant au moins un an chez une femme qui était auparavant menstruée.

## CAUSES

- Vieillissement normal
- Insuffisance ovarienne prématurée (comme dans le cas d'une ménopause avant l'âge de 40 ans)
- Chirurgie
- Chimiothérapie ou pharmacothérapie
- Radiothérapie

## SYMPTOMATOLOGIE

- Âge moyen de survenue : 51 ans
- Survient habituellement entre 45 et 55 ans
- Cycles menstruels irréguliers
- Au début, les cycles peuvent être courts et s'accompagner d'une ménorragie occasionnelle.
- Par la suite, les cycles deviennent plus longs et s'espacent; le flux menstruel est peu abondant.
- Les règles finissent par s'arrêter.
- Présence possible de bouffées de chaleur et de sueurs nocturnes.
- Présence possible de sécheresse, d'irritation et de démangeaisons vaginales.
- Dyspareunie possible.
- Présence possible de mictions impérieuses et fréquentes et de dysurie (atrophie de l'urètre)
- Présence possible de sautes d'humeur modérées à sévères.
- Anxiété, nervosité.
- Troubles du sommeil.
- Dépression possible.

## OBSERVATIONS

- Humeur et affect : signes de dépression
- Atrophie des seins
- Rétrécissement de l'orifice vaginal (*ostium vaginae*)
- Paroi vaginale lisse, mince, pâle, sèche.
- Rétrécissement du col de l'utérus
- L'utérus semble petit à la palpation.
- Ovaires non palpables

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Saignements vaginaux anormaux
- Cystite infectieuse
- Vaginite infectieuse

## COMPLICATIONS

- Difficultés d'adaptation à cette nouvelle étape de la vie
- Anxiété
- Dépression
- Ostéoporose

## TESTS DIAGNOSTIQUES

- Dosage de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et de l'hormone thyréotrope (TSH) (si le diagnostic n'est pas clair ou si la cliente a moins de 40 ans)
- Densitométrie osseuse (effectuée à la demande du médecin)
- Mammographie de dépistage tous les 2 ans

## TRAITEMENT

### *Objectifs*

- Offrir du soutien à la cliente et la rassurer.
- Prévenir les complications.

### *Consultation*

Fixez un rendez-vous (non urgent) avec un médecin si les symptômes sont sévères, s'il y a des complications, si la cliente a moins de 40 ans ou si elle souhaite une hormonothérapie de remplacement (HTR).

### *Interventions non pharmacologiques*

#### Éducation de la cliente

- Expliquez à la cliente que la ménopause est une étape normale du vieillissement.
- Évaluez les sentiments de la cliente face au vieillissement.
- Faire preuve de compréhension à l'endroit de la cliente plutôt que de nier ses symptômes, qui sont réels pour elle.
- Expliquez les risques et les avantages d'une HTR.
- Encouragez la cliente à avoir une alimentation équilibrée et à faire régulièrement de l'exercice pour son bien-être physique et mental.
- Conseillez à la cliente de revenir à la clinique en cas de saignements vaginaux postérieurs à la ménopause.
- Suggérez-lui d'utiliser un lubrifiant avant les rapports sexuels, en cas de dyspareunie.

### *Interventions pharmacologiques*

#### Plantes médicinales et vitamines pouvant être utiles pendant la ménopause

**Onagre** (huile d'onagre)

**Ingrédients actifs** : acide gamma-linoléique et acide linoléique

L'huile tirée des graines est une bonne source d'acide gamma-linoléique qui est un acide gras essentiel (nutriment que le corps ne peut fabriquer mais qui est essentiel à la santé). L'huile d'onagre est utilisé pour traiter le syndrome prémenstruel (SPM) et la mastalgie (seins douloureux). Il n'existe pas de contre-indications ni d'interactions médicamenteuses connues.

**Huile de lin**

**Ingrédients actifs :** acides gras (acides palmitique, stérique, oléique, linoléique et linolénique)

L'huile de lin est une bonne source d'acides gras essentiels (nutriment que le corps ne peut fabriquer mais qui est essentiel à la santé). Elle est riche en acide gamma-linoléique et est utilisée par de nombreuses femmes pour soulager le SPM et la tension mammaire. Il n'existe aucun rapport faisant état d'effets toxiques lorsque le produit est utilisé selon les doses recommandées.

**Vitamine E** (400-1 200 UI/jour)

**Sources alimentaires** : huiles végétales polyinsaturées, graines et noix

La vitamine E est un antioxydant. Selon des études menées à la fin des années 40, la vitamine E soulage les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale chez les femmes ménopausées; cependant, il n'existe aucune étude récente sur la question. La vitamine E comporte d'autres avantages : une étude américaine d'envergure, la *Nurses Health Study* a révélé que les femmes qui avaient pris de la vitamine E pendant plus de 2 ans avaient réduit de 40 % leur risque de crise cardiaque.

La vitamine E potentialise (augmente) l'effet des anticoagulants comme le coumadin et l'acide acétylsalicylique (AAS).

**Vitamine $B_6$** (50 mg PO, une fois par jour)

**Sources alimentaires** : grains entiers, bananes, pommes de terre, noix et graines, chou-fleur

La pyridoxine favorise la production d'hormones cérébrales (neurotransmetteurs). Plus de 50 autres processus chimiques dans l'organisme dépendent de la pyridoxine. Les taux de vitamine $B_6$ peuvent être faibles chez les personnes déprimées et chez les femmes qui prennent des œstrogènes sous forme de contraceptifs oraux ou d'hormonothérapie de remplacement. Cette vitamine ne présente aucun danger lorsqu'elle est prise selon les doses recommandées.

Le **calcium** (500 mg PO, 1-3 fois/jour) et la **vitamine D** (400-800 UI PO chaque jour) sont recommandés pour les personnes qui ne consomment pas suffisamment d'aliments riches en calcium.

Le calcium peut être contre-indiqué chez les clientes ayant des antécédents de calculs rénaux.

Source : Conférence canadienne de consensus sur la ménopause et l'ostéoporose (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1998)

#### Hormonothérapie de remplacement

L'hormonothérapie de remplacement est toujours amorcée par un médecin. Il existe plusieurs schémas posologiques et plusieurs modes d'administration (p. ex. pilules, timbres transdermiques, crèmes à base d'œstrogènes conjugués). Exemple d'HTR pour une femme ménopausée dont l'utérus est intact :

œstrogènes conjugués (Premarin) (**médicament de classe B**), 0,635 mg PO une fois par jour

*et*

médroxyprogestérone (Provera) (**médicament de classe B**), 10 mg PO une fois par jour

Ou encore, pour une femme ménopausée sans utérus :

œstrogènes conjugués (Premarin) (**médicament de classe B**), 0,635 mg PO une fois par jour

L'hormonothérapie de remplacement doit être poursuivie pendant 7-10 ans si l'on veut optimiser ses bienfaits sur le plan de la prévention de l'ostéoporose et ses effets cardioprotecteurs.

#### *Surveillance et suivi*

- Revoyez la cliente 1-2 mois après le début de l'hormonothérapie, puis tous les 6 mois par la suite.
- Surveillez les signes d'ostéoporose, de saignements utérins anormaux.

#### *Orientation vers d'autres ressources médicales*

Généralement inutile, sauf en cas de complications.

# URGENCES GYNÉCOLOGIQUES

## DOULEUR PELVIENNE AIGUË D'ORIGINE GYNÉCOLOGIQUE

### DÉFINITION

Douleur abdominale aiguë due à un dysfonctionnement ou une affection de l'appareil reproducteur.

### CAUSES

- Grossesse ectopique non soupçonnée
- Rupture ou torsion d'un kyste ovarien
- Infection pelvienne aiguë
- Dysménorrhée sévère

### SYMPTOMATOLOGIE

- Apparition soudaine ou progressive d'une douleur abdominale
- Douleur de plus en plus intense
- Douleur aggravée par la toux, l'effort pendant la défécation ou la miction
- Douleur pouvant irradier jusque dans la pointe de l'épaule (p. ex. grossesse ectopique)
- Présence possible de saignements vaginaux anormaux
- Présence possible de fièvre, de frissons et de leucorrhée.
- Nausées et vomissements possibles
- Syncope possible

### OBSERVATIONS

- Fièvre possible
- Fréquence cardiaque rapide
- Tension artérielle normale ou basse, ou encore hypotension
- La cliente semble dans un état de souffrance modérée à aiguë.
- Elle peut marcher lentement, penchée en avant et en se tenant l'abdomen.
- L'abdomen semble normal.
- L'examen pelvien peut révéler un écoulement de pus ou un saignement par le col de l'utérus.
- Diminution ou absence possible de bruits intestinaux
- Sensibilité du bas-ventre
- Signes possibles de péritonite localisée ou généralisée
- L'examen pelvien bimanuel révèle une vive sensibilité du col à la mobilisation.
- Présence possible d'une sensibilité annexielle ou d'une masse
- Le résultat du test de grossesse peut être positif

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Grossesse ectopique
- Avortement spontané
- Infection pelvienne
- Saignement d'un kyste du corps jaune
- Torsion annexielle
- Syndrome intermenstruel
- Endométriose
- Dysménorrhée
- Cystite
- Pyélonéphrite
- Calcul urétéral
- Affection intestinale inflammatoire
- Côlon irritable
- Occlusion intestinale

### COMPLICATIONS

- Hémorragie interne entraînant un choc hypovolémique
- Septicémie

### TESTS DIAGNOSTIQUES

- Dosage de l'hémoglobine
- Prélèvement d'un échantillon d'urine en vue d'une analyse et d'une culture; test urinaire de grossesse

### TRAITEMENT

#### *Objectifs*

- Soulager la douleur
- Prévenir les complications

Si vous soupçonnez une infection pelvienne, voyez *la section « Infection pelvienne » plus haut, dans le présent chapitre.*

Si vous soupçonnez une grossesse ectopique, voyez *la section « Grossesse ectopique » dans le chapitre 12 « Obstétrique »*.

#### *Consultation*

Consultez un médecin le plus tôt possible, à moins que vous n'ayez déterminé la cause et qu'elle soit mineure (p. ex. syndrome intermenstruel ou dysménorrhée).

### *Interventions non pharmacologiques*

– N'administrez rien par la bouche.
– Gardez la cliente alitée.
– Envisagez une intubation naso-gastrique si vous observez des signes de péritonite ou d'occlusion intestinale.
– Envisagez la mise en place d'une sonde de Foley si l'état hémodynamique de la cliente est instable.

### *Traitement adjuvant*

– Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique à l'aide d'une intraveineuse de gros calibre (14 ou 16).
– Ajustez le débit selon l'âge et l'état d'hydratation.
– Au besoin, administrez de l'oxygène au masque à raison de 6-10 l/min si la cliente est en état de choc; maintenez la saturation du sang en oxygène à plus de 97-98 %.

### *Interventions pharmacologiques*

Analgésique :

mépéridine (Demerol) (**médicament de classe D**), 50-100 mg IM

### *Surveillance et suivi*

Surveillez l'ABC (voies respiratoires, respiration et circulation), les signes vitaux, ainsi que l'apport liquidien et le débit urinaire.

### *Orientation vers d'autres ressources médicales*

Procédez à l'évacuation médicale le plus tôt possible si le diagnostic est incertain.